

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse

Je, soussigné, Docteur _____

Adresse du cabinet _____

Certifie avoir consulté ce jour

Mr / Mme / Mlle _____

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique de la danse

Fait à _____, le _____

*Réservé à l'école municipale de
musique et de danse*

Signature